Утверждено
на Экспертной комиссии
по вопросам развития здравоохранения
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
протокол № 10
от «04» июля 2014 года

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ГОНОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ

1. Название протокола: Гонококковая инфекция

2. Код протокола:

3. Код (коды) МКБ Х
А54 Гонококковая инфекция.
А54.0 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта без абсцедирования периуретральных или придаточных желез (цервицит, цистит, уретрит, вульвовагинит).
А54.1 Гонококковая инфекция нижних отделов мочеполового тракта с абсцедированием периуретральных или придаточных желез.
А54.2 Гонококковый пельвиоперитонит и другая гонококковая инфекция мочеполовых органов (Воспалительные заболевания органов малого таза - ВЗОМТ у женщин, эпидидимит, орхит, простатит).
А54.3 Гонококковая инфекция глаз (конъюнктивит, иридоциклит, гонококковая офтальмия новорожденных).
А54.4 Гонококковая инфекция костно-мышечной системы (артрит, бурсит, остеомиелит, синовит, теносиновит).
А54.5 Гонококковый фарингит.
А54.6 Гонококковая инфекция аноректальной области.
А54.8 Другие гонококковые инфекции (абсцесс мозга, эндокардит, менингит, миокардит, перикардит, перитонит, пневмония, сепсис, поражение кожи).
А 54.9 Гонорея неуточненная

4. Сокращения, используемые в протоколе:
АсАТ - аспартатаминотрансфераза
АлАТ - аланинаминотрансфераза

АМП - антимикробный препарат
ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
в/м - внутримышечно
г - грамм
ДНК – дезоксирибонуклеиновая кислота
ИППП - инфекции, передающиеся половым путем
мл – миллилитр
мг – миллиграмм
МНН - международное непатентованное название
МР – реакция микропреципитации
МСМ – мужчины с мужчинами
ПЦР – полимеразная цепная реакция
РНК – рибонуклеиновая кислота
р-р - раствор
RW – реакция Вассермана
УЗИ - ультразвуковое исследование

5. Дата разработки протокола: 2014 год

6. Категория пациентов: взрослые, дети

7. Пользователи протокола: дерматовенерологи, гинекологи, урологи, врачи общей практики, педиатры, терапевты.

II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

8. Гонококковая инфекция – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококками (*Neisseria gonorrhoeae*) - Грам-отрицательными диплококками, представляющими собой бообовидной формы, неподвижные, не образующие спор гноеродные бактерии /1,2/.

9. Клиническая классификация:
Клиническая классификация гонококковой инфекции [1,2]**:**

По течению:
- свежая;
- хроническая;
- латентная.

По остроте процесса:
- острая;
- подострая;
- торпидная.

По тяжести течения:
- неосложненная;
- осложненная.

10. Показания к госпитализации с указанием типа госпитализации: госпитализация не проводится.

11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий

11.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
- Общеклиническое исследование урогенитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму) на другие ИППП (до начала терапии и после лечения 2 раза);
- Бактериологическое исследование биологического материала на Neisseria gonorrhoeae ручным методом (выделение чистой культуры) (до начала терапии и после лечения 2 раза);
- Бактериологическое исследование биологического материала на Neisseria gonorrhea на анализаторе (до начала терапии и после лечения 2 раза);
- Обнаружение Neisseria gonorrhea и других ИППП методом ПЦР;
- Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном в сыворотке крови;
- Определение Neisseria gonorrhoeae в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции.
- 2-стаканная проба Томпсона – у мужчин;

11.2 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:
- УЗИ органов малого таза.
- Цистоуретроскопия (лечебно-диагностическая);
- Кольпоскопия.

11.3 Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: госпитализация не проводится.

11.4 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: госпитализация не проводится.

11.5 Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне: госпитализация не проводится.

11.6 Диагностические мероприятия, проводимые на этапе скорой неотложной помощи: не проводится.

12. Диагностические критерии:

12.1 Жалобы и анамнез:
Жалобы:
у женщин:
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из половых путей;
- зуд/жжение в области наружных половых органов;
- болезненность при мочеиспускании (диспареуния), болезненность во время половых контактов (дизурия);
- дискомфорт или боль в области нижней части живота;
- болезненность и отечность в области протоков вестибулярных желез;
- боль в прямой кишке, выделения из заднего прохода;
- дисфункциональные маточные кровотечения;

У более 50% женщин при поражении нижних отделов мочеполового тракта отмечается бессимптомное течение инфекции.

У мужчин:
- гнойные или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала;
- зуд/жжение, болезненность в области уретры;
- учащенное мочеиспускание и ургентные позывы на мочеиспускание (при проксимальном распространении воспалительного процесса);
- болезненность при мочеиспускании (диспареуния), болезненность во время половых контактов (дизурия);
- боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку;
- отек и боль в яичке или его придатке;
- Боль в прямой кишке, выделения из заднего прохода.

Как у женщин, так и мужчин при диссеминированной инфекции наблюдается симптомы общей интоксикации: повышение температуры тела; общая слабость и утомляемость; петехиальная (пустулезная) сыпь на коже; асиметричная артралгия и тендосиновит. Очень редко наблюдаются менингит или эндокардит.

У более 85% лиц обоего пола отмечается бессимптомное течение проктита, фарингита - у более 90%.

У детей (новорожденных):
- слизисто-гнойные или гнойные выделения из половых путей;
- зуд и/или жжение в области наружных половых органов;

- зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании;
- дискомфорт или боль в области нижней части живота;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизистое или слизисто-гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия слизистой оболочки вульвы, влагалища; слизисто-гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища и из цервикального канала.

Для детей характерна выраженная клиническая картина и многоочаговость поражения. У младенцев, рожденных инфицированными матерями, возможно инфицирование и развитие конъюнктивита.

Анамнез:

- половой партнер инфицированный гонореей;
- время, прошедшее с момента сексуального контакта (от 1 суток до 1 месяца (в среднем, 2-7 суток) с предполагаемым источником заражения
- случайная половая связь.

12.2. Физикальное обследование:

Локализация кожных поражений:

У женщин при этом поражаются наружные половые органы (половые губы, клитор), слизистая влагалища и шейки матки, полость матки, яичники, маточные трубы;

У мужчин поражается уретра, мочевой пузырь, предстательная железа, семенники, кожа полового члена, внутренний и наружный листок крайней плоти, мошонка, лобок, промежность;

У лиц обоего пола при гонорее инфицируются миндалины, слизистые полости рта, область ануса, прямая кишка.

Патоморфологическая картина изменений:

У женщин:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры, слизисто-гнойное или гнойное уретральное отделяемое;
- гиперемия и отечность слизистой оболочки вульвы, влагалища, слизисто-гнойные или гнойные выделения в заднем и боковых сводах влагалища;
- эндоцервикальные язвы, рыхлость и отек шейки матки, слизисто-гнойные или гнойные выделения из цервикального канала;
- гиперемия, отечность и болезненность в области протоков вестибулярных желез.

У мужчин:

- гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, инфильтрация стенок уретры;
- увеличение и болезненность придатков яичек и яичек при пальпации;
- увеличение и болезненность предстательной железы при пальпации.

12.3 Лабораторная диагностика [1, 3, 11, 12]:
- Общеклиническое исследование урогенитального мазка (окраска метиленовым синим и/или по Граму): обнаружение в биологическом материале Neisseria gonorrhea;
- Бактериологическое исследование биологического материала на Neisseria gonorrhoeae ручным методом (выделение чистой культуры): обнаружение в биологическом материале Neisseria gonorrhea;
- Бактериологическое исследование биологического материала на Neisseria gonorrhea на анализаторе: обнаружение в биологическом материале Neisseria gonorrhea;
- ПЦР в биологическом материале: обнаружения ДНК Neisseria gonorrhea.
- Определение гонококка в биологическом материале в реакции иммунофлюоресценции: обнаружение антигена и антител к Neisseria gonorrhea.

12.4 Инструментальные исследования:
- **УЗИ** органов малого таза;
- **Цистоуретроскопия:** обнаружение воспалительной реакции слизистой уретры – эрозии, язвы, инфильтрация, стриктуры;
- **Кольпоскопия:** обнаружение эрозии, язвенных поражений, кист, объемных образований.

12.5 Показания для консультации специалистов:
- Консультация гинеколога – с целью диагностики возможных осложнений;
- Консультация уролога – с целью диагностики возможных осложнений;
- Консультация неонатолога, педиатра – с целью уточнения объема и характера дополнительного обследования;
- Консультация психотерапевта - с целью психологической адаптации.

12.6 Дифференциальный диагноз
Дифференциальный диагноз проводят с другими специфическими урогенитальными инфекциями, обусловленными патогенными (*C. trachomatis, T. vaginalis, M genitallium*) и условно-патогенными микроорганизмами (грибы рода *Candida*, микроорганизмами, ассоциированными с бактериальным вагинозом) и вирусами (вирусом простого герпеса).

Таблица 3. Основные клинико-лабораторные дифференциально-

диагностические признаки *N. gonorrhoeae*

Оцениваемые параметры	**Гонококковая инфекция**	**Хламидийная инфекция**	**Урогенитальный трихомониаз**	**Бактериальный вагиноз**	**Урогенитальный кандидоз**
Выделения из половых путей	Слизисто-гнойные или гнойные без запаха	Слизистые мутные или слизисто-гнойные без запаха	Серо-желтого цвета, пенистые с неприятным запахом	Гомогенные беловато-серые, с неприятным запахом	Белые, творожистые, сливкообразные, с кисловатым запахом
Гиперемия слизистых оболочек мочеполового тракта	Часто	Преимущественно слизистой оболочки шейки матки	Часто	Редко	Часто
Зуд/жжение в области наружных половых органов	Часто	Редко	Часто	Редко	Часто
Дизурия	Часто	Часто	Часто	Редко	Редко
Диспареуния	Часто	Часто	Часто	Редко	Часто
pH вагинального экссудата	3,8 — 4,5	3,8 — 4,5	Может быть > 4,5	>4,5	3,0 — 3,8
Микроскопия	Грамотрицательные диплококки с типичными морфологическими и тинкториаьными свойствам	Для верификации диагноза не проводится	Присутствие *T. Vaginalis*	Наличие «ключевых» клеток	Грибы *Candida* с преобладанием мицелия и почкующихся дрожжевых клеток

	и				
Культуральное исследование	*N. Gonorrhoeae*	*C. Trachomatis*	*T. Vaginalis*	Преобладание *G. Vaginalis* и облигатно-анаэробных видов	Рост колоний *Candida* в титре более 10^3 КОЕ/мл

13. Цели лечения:
- купирование клинических симптомов;
- уменьшение частоты рецидивов и улучшение качества жизни пациентов;
- предупреждение развития осложнений;
- снижение риска инфицирования полового партнера;
- профилактика инфицирования новорожденного в родах.

14. Тактика лечения

14.1 Немедикаментозное лечение:
Режим 2.
Стол №15 (общий).

14.2. Медикаментозное лечение

Таблица 4. Антибактериальная терапия гонококкового уретрита, эндоцервицита, проктита, фарингита, конъюнктивита (взрослые и дети с массой тела > 45 кг)[6,7,8,9,10,11,12]:

Фармакологическая группа	МНН препарата	Форма выпуска	Дозировка	Кратность применения	Примечание
Антибактериальные препараты	Цефтриаксон (уровень – А); (препарат выбора)	порошок для приготовления р-ра для в/в и в/м введения 250, 500 и 1000 мг	250 мг - уретрит, эндоцервицит, проктит, фарингит; 1000 мг – конъюнктивит.	в/м, однократно	Рекомендуемой и общепринятой тактикой лечения неосложненной гонореи нижних отделов мочеполовой системы является назначение АМП непосредственно во время первого визита

		во флаконе			пациента к врачу. При этом используются основные (выбора) схемы терапии, предусматривающие однократное применение антибиотика. Цефтриаксон в однократной в/м дозе 250 мг обеспечивает высокую и стойкую бактерицидную концентрацию в крови. Цефтриаксон является эффективным и безопасным препаратом для лечения неосложненной гонореи любой локализации (99,2% эффективность в терапии неосложненного уретрита и проктита; 98,9% - в терапии фарингита) [13,14]. Системную антибактериальную терапию можно сочетать с промыванием пораженного глаза стерильным физиологическим раствором [15].
	Цефиксим однократно (уровень	таблетки 200, 400 мг	400 мг	внутрь, однократно	В опубликованных клинических исследованиях [13,14] эффективность

	- A); (препарат выбора)				цефиксима в дозе 400 мг перорально при неосложненной гонорее нижних отделов мочеполовых путей и гонококковой инфекции прямой кишки составила 97,5%, а при фарингите - 92,3%.
	Спектиномицин (альтернативный препарат)	порошок для приготовления суспензии для в/м введения 2000 мг: фл. в компл. с растворителем	2000 мг	в/м, однократно	Имеются сведения [13], свидетельствующие о его высокой эффективности (98,2%) в терапии неосложненной урогенитальной и аноректальной гонореи, однако его эффективность в лечении гонорейного фарингита не высока (51,8%). К недостаткам относится необходимость парентерального применения. Спектиномицин является препаратом выбора при лечении пациентов с непереносимостью цефалоспоринов или аллергией на эти АМП.
	Другие цефалоспорины III поколени	порошок для приготовления	500 мг	в/м, однократно.	Цефалоспорины (третьего поколения), безопасны и очень эффективны:

	я (кроме цефтриаксона и цефиксима). например – Цефотаксим (альтернативный препарат)	р-ра для в/в и в/м введения 500 и 1000 мг во флаконе			цефотаксим, цефоперазон, цефтазидим. Однако эффективность применения данных инъекционных цефалоспоринов в терапии неосложненной урогенитальной и аноректальной гонореи не превышает таковой эффективности цефтриаксона, а их доказанная эффективность применения в терапии гонококкового фарингита по сравнению с цефтриаксоном является менее определенной [13,14].

14.2.1. Медикаментозное лечение, оказываемое на амбулаторном уровне:
Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность назначения)
- Цефтриаксон (порошок для приготовления р-ра для в/в и в/м введения 250, 500 и 1000 мг);
- Цефиксим (таблетки 200, 400 мг);
- Спектиномицин (порошок для приготовления суспензии для в/м введения 2000 мг: фл. в компл. с растворителем);
- Цефотаксим (порошок для приготовления р-ра для в/в и в/м введения 500 и 1000 мг во флаконе)

14.2.2 Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100% вероятности применения): нет.

Особые ситуации

Терапия сопутствующей хламидийной инфекции у больных гонореей

Пациенты, инфицированные гонореей, нередко бывают инфицированными *C. trachomatis*. В случае лабораторного подтверждения *C. trachomatis* как коинфекции, оправдано назначение азитромицина в терапии неосложненной гонореи в сочетании с неосложненным хламидиозом. Однако предпочтительным все же является назначение цефтриаксона и антибиотика из группы макролидов (препараты выбора) или доксициклина в соответствующих дозах [16,17,18].

Гонорея у детей

Гонококковая инфекция у детей встречается крайне редко. Наиболее частой причиной ее развития у детей, преимущественно в препубертатном и пубертатном возрасте является сексуальное насилие.

Самым распространенным клиническим проявлением *N. Gonorrhoeae* у девочек доподросткового периода является вагинит. Воспалительные заболевания органов малого таза, вызванные *N. Gonorrhoeae* у детей встречаются значительно реже, чем у взрослых. У детей, подвергшихся сексуальному насилию, распространенными формами инфекции являются гонококковый проктит и фарингит, которые часто протекают бессимптомно.

Как указывалось ранее, для терапии гонореи у детей с массой тела более 45 кг следует использовать основные и альтернативные схемы терапии, рекомендованные для лечения гонореи у взрослых. Для терапии неосложненного гонококкового вульвовагинита, эндоцервицита, уретрита, фарингита и проктита у детей с массой тела менее 45 кг используют основную схему выбора:

Цефтриаксон 125 мг в/м однократно.

При непереносимости к антибиотикам цефалоспориного ряда в качестве альтернативного антибиотика может использоваться:

Спектиномицин в/м в дозе 40 мг/кг массы тела однократно. Максимальная доза - *2,0 г.*

В то же время эта схема может оказаться недостаточно эффективной при лечении гонококкового фарингита.

Цефтриаксон является антибиотиком выбора для терапии любых форм гонореи у детей. Другой антибиотик из группы цефалоспоринов третьего поколения цефотаксим может применяться только для лечения гонококкового конъюнктивита.

Контрольное культуральное исследование для подтверждения выздоровления после завершения лечения:

- не проводится, если в терапии гонореи у детей использовался цефтриаксон,

- проводится обязательно, если использовался спектиномицин – из-за его недостаточной эффективности.

Все дети должны быть обязательно обследованы на сифилис и хламидийную инфекцию.

Гонококковая инфекция у новорожденных

Инфекция, вызванная *N. Gonorrhoeae* у новорожденных возникает в результате контакта новорожденного с гнойным экссудатом шейки матки во время прохождения через родовые пути. Чаще болезнь протекает остро и проявляется клиническими симптомами уже на 2-5 сутки после рождения.

Распространенность гонореи у новорожденных коррелирует с распространенностью гонореи среди беременных, степени охвата их скринингом на инфекцию.

Наиболее тяжелыми проявлениями гонококковой инфекции у новорожденных являются офтальмобленнорея и сепсис, включая такие осложнения как артрит и менингит. К другим, менее тяжелым формам гонореи у новорожденных относятся вагинит, уретрит, ринит.

Гонококковый конъюнктивит новорожденных

Несмотря на редкую встречаемость гонококкового конъюнктивита, новорожденных его своевременная терапия является особенно актуальной задачей, поскольку это заболевание может приводить к перфорации роговицы, а в конечном итоге – к полной потере зрения.

Новорожденные, которым не проводилась профилактика конъюнктивита в родильном доме и матери которых во время беременности не проходили медицинское обследование, относятся к группе повышенного риска развития офтальмобленнореи. В данную группу входят также те новорожденные, матери которых имеют в анамнезе ИППП, или злоупотребляют наркотиками.

Предварительный диагноз гонококкового конъюнктивита новорожденных, основанный на обнаружении в мазках отделяемого из конъюнктивы внутриклеточных грамотрицательных диплококков, является основанием для назначения эмпирической терапии. Целесообразность эмпирической терапии должна подтверждаться последующим обязательным выделением *N. Gonorrhoeae* из соответствующего клинического материала с определением чувствительности выделенных штаммов *N. Gonorrhoeae* к АМП. Одновременно эти новорожденные должны быть обследованы на *C. trachomatis*.

Превентивная терапия гонореи может быть рекомендована новорожденным из группы повышенного риска, а также новорожденным с конъюнктивитом, у которых в мазках отделяемого из конъюнктивы не обнаруживаются гонококки.

Рекомендованные схемы:

Цефтриаксон в/м или в/в из расчета 25-50 мг/кг массы тела однократно. Максимальная доза препарата - 125 мг.

Проведение системной терапии цефтриаксоном у новорожденных с гонококковым конъюнктивитом не требует одновременного использования топического антибиотика, а назначение только местных форм АМП неэффективно.

При отсутствии клинического улучшения необходимо провести лабораторное обследование на наличие сопутствующей инфекции, вызванной *C. trachomatis* как у новорожденного, так и у его матери. Матери новорожденных больных гонореей, а также их половые партнеры должны пройти обследование, а при необходимости – и лечение в соответствие с рекомендациями по терапии гонореи у взрослых.

Превентивная терапия новорожденных, матери которых больны гонореей

Новорожденным при отсутствии у них симптомов гонококковой инфекции, рожденных от матерей, больных гонореей и не получавших специфического лечения, следует провести превентивную терапию.

Рекомендованные схемы:

Цефтриаксон в/м или в/в из расчета 25-50 мг/кг массы тела однократно. Максимальная доза препарата – 125 мг.

Дополнительного наблюдения за новорожденными, получивших превентивную терапию не требуется. И маму и новорожденного необходимо обследовать на *C. trachomatis*.

Матери новорожденных, больные гонореей и их половые партнеры должны пройти обследование, а при необходимости – лечение в соответствии с рекомендациями по терапии гонореи у взрослых.

Профилактика конъюнктивита новорожденных

Оптимальным методом профилактики инфекций, вызванных *C. trachomatis* и *N. Gonorrhoeae* у новорожденных является своевременное их выявление и лечение у беременных женщин. Новорожденным, родившимся от материей не обследованных на гонорею во время беременности проводятся профилактические мероприятия, включающие обработку очагов.

Каждый из рекомендуемых профилактических режимов позволяет предупредить развитие гонококкового конъюнктивита новорожденных. Рекомендованные средства профилактики:

Сульфацил-натрия 30% раствор однократно

или

Эритромицин 0,5% глазная мазь однократно

или

тетрациклин 1% глазная мазь однократно

или

нитрат серебра 1% водный раствор однократно

Следует обработать оба глаза новорожденного сразу после родов. Если профилактика не была произведена в родильном зале, то ее обязательно следует провести в последующем как можно в более ранние сроки. При этом профилактика конъюнктивита осуществляется как детям, родившимся естественным путем, так и детям, родившимся путем кесарева сечения. Наиболее предпочтительным считается использование одноразовых пипеток или ампул.

14.3 Другие виды лечения: нет.

14.3.1 Другие виды лечения, оказываемые на амбулаторном уровне: нет.

14.3.2 Другие виды лечения, оказываемые на стационарном уровне: нет

14.3.3 Другие виды лечения, оказываемые на этапе скорой неотложной помощи: нет

14.4. Хирургическое вмешательство: не проводится.

14.4.1 хирургическое вмешательство, оказываемое в амбулаторных условиях – нет.

14.4.2 Хирургическое вмешательство, оказываемое в стационарных условиях – нет.

14.5. Профилактические мероприятия

- Диспансерное обследование больных гонореей в течение 60 дней после лечения;
- Своевременное выявление половых контактов и привлечение к обследованию и лечению;
- Обследование членов семьи;
- исключение беспорядочных половых связей в последствие;
- Массовая профилактическая пропаганда, предусматривающая понятие личной и общественной профилактике ИППП через средства массовой информации, памятки и мультимедийные программы;
- Индивидуальные консультации и профилактические беседы с родителями и учащимися старших классов по вопросам межличностных отношений, полноценной информации о сексуальных отношениях, последствий раннего начала половой жизни, нежелательной беременности, разъяснение правил безопасного секса (применение презерватива);
- В кабинетах приема врачей дерматовенерологов, акушер-гинекологов, урологов, кабинетах профилактических осмотров на предприятиях, учебных организациях консультирование по способам предотвращения или снижения риска инфицирования гонококковой инфекцией и другими ИППП;

- Подготовка волонтеров, учащихся образовательных учреждений для проведения бесед о безопасном поведении и распространении литературы информационно-образовательного характера по вопросам профилактики ИППП [1].

14.6. Дальнейшее ведение
- контроль излеченности в течение не менее 1 месяца;
- при подтверждении регресса клинических симптомов и отрицательных лабораторных результатах снятие с учета.

15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения
- эрадикация возбудителя из организма;
- отсутствие клинических симптомов заболевания;
- отсутствие рецидивов;
- отсутствие осложнений.

III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА

16. Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных

1. Батпенова Г.Р. д.м.н., главный внештатный дерматовенеролог МЗ РК, профессор, заведующая кафедрой дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
2. Баев А.И. к.м.н., с.н.с. РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
3. Джетписбаева З.С. к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии АО «Медицинский университет Астана».
4. Джулфаева М.Г. главный врач РГП на ПХВ «Научно-исследовательский кожно-венерологический институт» МЗ РК.
5. Ахмадьяр Н.С. – д.м.н., клинический фармаколог АО «Национальный научный центр материнства и детства»

17. Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

18. Рецензент: Нурушева С.М., д.м.н., заведующая кафедрой кожных и венерических болезней РГП на ПХВ «Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова».

19. Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года и/или при появлении новых методов диагностики/лечения с более высоким уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы (необходимы ссылки валидные исследования на перечисленные источники в тексте протокола)

1. Европейское руководство по ведению больных по ЗППП.-2001 г.- Журнал 12.-№3- 111 с.
2. Клинические рекомендации по ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем и урогенитальными инфекциями. Москва. -2011 г.- с.- 109
3. Jephccott A.E. Microbiological diagnosis of gonorrhoeae. // Genitourin Med 1997;73:245-252.
4. World Health Organization. STD Treatment Strategies. WHO/VDT/89.447.1989.p.30.
5. World Health Organization. Management of sexually transmitted diseases. WHO/UNAIDS 1997;WHO/GPA/94.1.Rev.1.
6. Burstein GR, Berman SM, Blumer JL, Moran JS. Ciprofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea infection in adolescents: does the benefit outweigh the risk? // Clin Infect Dis 2002;35(suppl 2):S191–S199.
7. Dan M, Poch F, Sheinberg B. High prevalence of high-level ciprofloxacin resistance in Neisseria gonorrhoeae in Tel Aviv, Israel: correlation with response to therapy. // Antimicrob Agents Chemother 2002; 46:1671–1673.
8. Aplasca de los Reyes MR, Pato-Mesola V, Klausner JD et al. A randomized trial of ciprofloxacin versus cefixime for treatment of gonorrhea after rapid emergence of gonococcal ciprofl oxacin resistance in the Philippines. // Clin Infect Dis 2001; 32:1313–1318.
9. Jones RB, Schwebke J, Thorpe EM Jr, Dalu ZA, Leone P, Johnson RB. Randomized trial of trovafloxacin and ofloxacin for single dose therapy of gonorrhea. Trovafl oxacin Gonorrhea Study Group. // Am J Med 1998; 104:28–32.
10. Stoner BP, Douglas JM Jr, Martin DH et al. Single-dose gatifloxacin compared with ofloxacin for the treatment of uncomplicated gonorrhea: a randomized, double-blind, multicenter trial. // Sex Transm Dis 2001;28:136–142.
11. Robinson AJ, Ridgway GL. Concurrent gonococcal and chlamydial infection: how best to treat. // Drugs 2000; 59:801–813.
12. Tapsall J. Current concepts in the management of gonorrhoea. Expert Opin Pharmacother 2002; 3:147–157.
13. Moran JS, Levine WC. Drugs of choice for the treatment of uncomplicated gonococcal infections. // Clin Infect Dis 1995;20 Suppl 1:S47–S65.
14. Newman LM, Moran JS, Workowski KA. Update on the management of gonorrhea in adults in the United States. // Clin Infect Dis 2007;44 Suppl 3:S84–101.

15. Haimovici R, Roussel TJ. Treatment of gonococcal conjunctivitis with single-dose intramuscular ceftriaxone. // Am J Ophthalmol 1989;107:511–4.
16. Patients infected with and treated for *Neisseria gonorrhoeae* in sexually transmitted disease clinics in the United States. // Ann Intern Med 2003;139:178–85.
17. Sathia L, Ellis B, Phillip S, et al. Pharyngeal gonorrhoea—is dual therapy the way forward? // Int J STD AIDS 2007;18:647–8.
18. Golden M, Kerani R, Shafii T, Whittington W, Holmes K. Does azithromycin co-treatment enhance the efficacy of oral cephalosporins for pharyngeal gonorrhea? Presented at: 18th International Society for STD Research (ISSTDR) Conference, London, UK, June 2009.